

Empeora el control de los pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica

Inadequate diabetic treatment worsens glucose control in diabetic patients with chronic renal failure

Sr. Director:

La insuficiencia renal crónica (IRC) tiene una prevalencia del 4,4–6,7% en la población española. En los pacientes mayores de 60 años es del 20%¹, y a los 85 años alrededor del 50% tiene IRC en estadio III, a menudo con creatinina normal por la reducción de la masa muscular. La prevalencia en los pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular es del 35–40%^{2,1}. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la causa principal de la IRC^{1,3} (21–33%), seguida de la hipertensión arterial (17–22%)⁴.

La combinación de DM2 e IRC incrementa el riesgo de episodios y muerte de causa cardiovascular¹. Diagnosticar una IRC a estos pacientes es especialmente importante porque las estrategias terapéuticas estarán condicionadas por su existencia, dado que en muchos casos implicará cambios en el tratamiento llevado hasta el momento, tanto de la propia DM2 como del resto de los factores de riesgo cardiovasculares, ya que algunos antidiabéticos están contraindicados^{5,1} y otros requieren especial atención en los pacientes con un filtrado glomerular (FG) alterado^{6,4}. La mayoría de sulfonilureas se excretan por parte del riñón, por lo que se deben evitar. La más segura de ellas es la gliquidona, con menos del 5% de excreción renal. La metformina no se recomienda en un FG menor de 60 ml/min^{6,4}.

Con el objetivo de conocer si los pacientes con IRC en estadio III y DM2 que reciben tratamiento con antidiabéticos contraindicados (metformina) o que requieren un control más estricto (sulfonilureas distintas a la gliquidona) tienen un peor control de sus glucemias, se diseñó un estudio descriptivo transversal.

España.

Se incluyó a todos los pacientes del centro con diagnóstico de IRC y DM2 en la historia clínica informatizada hasta el 31 de diciembre de 2008. Se excluyó a los pacientes fallecidos, desplazados de otros centros, con un solo FG alterado y a los que no se había visitado o que no disponían de ningún dato de laboratorio ni de exploración física durante el año 2008.

Se recogieron las siguientes variables: antecedentes personales de DM2 e IRC, hemoglobina glucosilada (HbA1c) y tratamiento antidiabético prescrito (metformina, sulfonilureas distintas a la gliquidona y otros antidiabéticos no contraindicados).

Se encontró a 191 pacientes con IRC, de los que 52 tenían DM2; de estos, 6 no disponían de la HbA1c. Se incluyó a 46 pacientes, de los que 25 (54,3%) tenían un buen control de la HbA1c (criterio: HbA1c < 7 mg/dl); de ellos, 8 (32%) tomaban metformina o sulfonilureas distintas a la gliquidona frente a 17 (68%) que no las tomaban. De los pacientes con mal control glucémico, 8 (38%) no tomaban fármacos desaconsejados frente a 13 (62%) que sí los tomaban (tabla 1). Se encontró que los pacientes tratados con los fármacos antes nombrados tenían un peor control de su glucemia, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

En los pacientes diagnosticados de IRC se deben tener en cuenta algunas consideraciones: requieren un mayor seguimiento de su DM, algunos fármacos están contraindicados y otros requieren un ajuste de la dosis según el estadio que presente el paciente (metformina, sulfonilureas distintas a la gliquidona y otros antidiabéticos no contraindicados)^{2,4,6}. Según los resultados obtenidos en este estudio, los pacientes con DM2 e IRC a los que se trataba con metformina o sulfonilureas distintas a la gliquidona tenían un peor control de su DM2.

Consideramos que es importante diagnosticar a los pacientes con IRC y, a su vez, adaptar la medicación necesaria para el control de sus otras enfermedades con la finalidad de conseguir un mejor control y no empeorar su función renal.

Tabla 1 Resultados del tratamiento en pacientes diabéticos y control glucémico conseguido

	Antidiabéticos no contraindicados	Antidiabéticos contraindicados	Total
Buen control de la DM2	17	8	25
Mal control de la DM2	8	13*	21
Total	25	21	46

DM2: diabetes mellitus tipo 2.

* $p < 0,05$.

Bibliografía

1. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Álvarez Guisasaola F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;28:273–82.
2. Artola S, Serrano R, Barutell L. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente con insuficiencia renal avanzada. *FMC*. 2009;16:25–8.
3. Martínez Castela A, De Álvaro F, Górriz JL. Tratamiento del paciente diabético con insuficiencia renal. *Nefrología*. 2001;21:66–75.
4. Comité de Expertos de la Sociedad Española de Nefrología. Manejo práctico de antidiabéticos orales en pacientes con enfermedad renal. *Nefrología*. 2006;26:538–58.
5. Valero González MA, Blanco Samper B. Alerta sobre seguridad de Metformina: riesgo grave de acidosis láctica. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*. 2005;6:7.
6. Robles NR, Blanco J. Antidiabéticos e insuficiencia renal. *Nefrología*. 2002;22:325–8.

Núria Calonge Calzadilla*, Sílvia Galán González, Mercè Cervera León, Maria Callís Privat, Mireia Zurita Badosa y Laia Franquesa Sala

Área Básica de Salud Docente de Santa Eugènia de Berga, Servei d'Atenció Primària (SAP) Osona, Institut Català de Salut, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria-calonge@hotmail.com (N. Calonge Calzadilla).

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.006

¿Tienen los médicos de atención primaria empatía con las embarazadas?

Do primary care doctors empathise with pregnant women?

Sr. Director:

Durante siglos los médicos de atención primaria (MAP) atendían a las embarazadas y asistían los partos, pero la aparición de las distintas especialidades médicas, concretamente la de Ginecología y Obstetricia, han acabado con esta situación¹. En la actualidad, el papel del MAP en el ámbito reproductivo de la mujer es muy variable, según la comunidad autónoma que se trate. Además, dentro de estas hay gran variabilidad según las provincias, incluso según los distritos sanitarios².

En ocasiones, la única relación que tienen los MAP con las embarazadas se produce cuando estas solicitan la baja laboral. En ocasiones, refieren grandes dolencias, en general incapacitantes, que le interfieren de forma clara y evidente en su vida personal y laboral. Es aquí donde debería entrar en juego la empatía del médico con la embarazada.

Lumbalgias, náuseas de repetición, vómitos incoercibles, astenia extrema, somnolencia, etc. son síntomas frecuentes que la paciente refiere como incapacitantes. El hecho de que sean síntomas subjetivos, en la mayoría de los casos, hace pensar al MAP que la paciente está magnificando los síntomas, cuando no que se los está inventando.

Debido al aumento creciente del gasto sanitario, el control de las bajas por incapacidad temporal se ha incrementado, lo que está dando situaciones que muestran, a priori, poca empatía por parte de algunos médicos; cabría pensar que anteponen los aspectos económicos a los sanitarios.

¿Acaso es lógico que a una gestante de 38 semanas que acude a la consulta por lumbalgia se le haga ver que no hay motivo para darle la baja? ¿No resulta antiético que a una gestante de 30 semanas con insuficiencia venosa crónica en ambas extremidades inferiores y en la pelvis, exacerbada por su estado de gestación y pendiente de cirugía vascular tras puerperio, se le pongan trabas administrativas para facilitarle la baja?

No hay duda de que la productividad cobrada anualmente por el MAP es inversamente proporcional al número de bajas tramitadas, pero quizá no sea la mejor manera de conseguir una óptima relación MAP-embarazada.

Por otro lado, se da la circunstancia de que el embarazo es una de las situaciones clínicas donde más se hace uso de la sanidad privada. La mayoría de las mujeres utilizan en alguna ocasión la visita al ginecólogo privado, sobre todo para las exploraciones complementarias³. De hecho, no es infrecuente que solamente acudan a la sanidad pública para obtener una baja laboral, que solo puede obtener del MAP. Quizá el único rol de «firmante» del MAP pueda influir en la falta de empatía ante las embarazadas.

¿Es necesario ser mujer y haber estado embarazada para que un MAP tenga empatía con las gestantes que acuden a su consulta?

Bibliografía

1. Arribas L, Bailón E, De la Iglesia B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2002;29:233–6.
2. Delgado A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. Comunicación XV Congreso Nacional SEMFYC. Playa de Aro, 1995. *Aten Primaria*. 1995;16:106–8.
3. Mitsuf Gallardo MJ, Martínez de la Iglesia J, Muñoz Álamo M, Fernández Fernández MJ, Lora Cerezo N, Dueñas Herrero RM. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria*. 1997;19:188–94.

Mercedes Espigares Jiménez^{a,*} y Salvador Terceño Raposo^b

^a Servicio Andaluz de Salud, Centro de Salud de Lora del Río, Sevilla, España

^b Servicio Andaluz de Salud, Centro de Salud de San José de la Rinconada, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hmsmej@hotmail.com (M. Espigares Jiménez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.004